

Informationen zu Logopädie und Demenz

des überregionalen Arbeitskreises Demenz

Torsten Bur, Katharina Dressel, Karen Grosstück, Heike D. Grün, Stefan Heim, Monika Hübner, Christina Knels, Inga Lange, Petra Schuster & Saskia Sickert

Einleitung

Die folgenden Informationen über das Krankheitsbild Demenz wurden vom überregionalen Arbeitskreis (AK) Demenz des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl) zusammengestellt. Es wird ein Überblick über mögliche Handlungsfelder, Anforderungen und Aspekte von Diagnostik und Therapie sowohl für primär betroffene Menschen mit Demenz (MmD) als auch ihre Angehörigen als sekundär Betroffene gegeben.

Die Demenz stellt keine einheitliche Erkrankung dar. Logopädisch relevante Symptome können insbesondere bei den primär degenerativen Demenzen wie Alzheimer Demenz, (AD), frontotemporaler Lobärdegeneration (FTLD); behaviorale Variante und sprachliche Varianten: primär progrediente Aphasien (PPA)), Lewy-Body Demenz (LBD), kortikobasalem Syndrom und Parkinson-Demenz, aber auch bei vaskulärer Demenz (VD) auftreten (Knels 2018).

Aus Sicht des AK ist die Erkrankung Demenz eine Bedingung, unter der MmD und ihre Angehörigen leben. Jeder MmD ist als einzigartig in seiner Art der Lebensgestaltung und in seiner Lebenswelt zu betrachten. Wichtigstes Ziel einer logopädischen Betreuung ist der Versuch, die Autonomie des MmD so weit wie möglich und von ihm gewünscht zu erhalten. Das Informationspapier stellt ethische Überlegungen, Gedanken zur Rolle der Logopädie bei Demenz, Indikation, Diagnostik und Therapie vor.

Anforderungen an LogopädInnen für die Arbeit mit Menschen mit Demenz

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland werden wir zunehmend mit multimorbiden Patienten konfrontiert, der Anteil von MmD in der Bevölkerung wächst stetig (Bickel 2018). Die Neuerkrankungsrate liegt dabei bei 300.000 pro Jahr. Bei

vielen MmD treten im Verlauf Kommunikationsbeeinträchtigungen, möglicherweise auch ursächlich sprachliche Schwierigkeiten sowie Schluck- und Ernährungsstörungen auf (Bourgeois & Hickey 2009, Easterling & Robbins 2008, Gutzmann & Brauer 2007, Knels 2018). Grundsätzlich können sehr unterschiedliche Verläufe und Symptom Schwerpunkte beobachtet werden.

Die American Speech-Language-Hearing Association (ASHA o.D.) und das Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT 2014) haben folgende Kompetenz- und Tätigkeitsfelder zusammengestellt, die für LogopädInnen bei ihrer Arbeit mit MmD relevant sind: Prävention; Identifizierung; (differentialdiagnostische) Untersuchung von kognitiv-kommunikativen Störungen sowie der Nahrungsaufnahme und des Schluckens; Planung und Durchführung von Interventionen im Bereich Kognition/Kommunikation und der Nahrungsaufnahme; Wissensvermittlung an Betroffene, Angehörige und an andere Professionen; Begleitung und Beratung; Case Management; Zusammenarbeit im multidisziplinären Team und ggf. Überweisung an andere Fachkräfte; Forschung. Des Weiteren ist Wissen über Auswirkungen geriatritypischer Multimorbidität sowie über kognitive Funktionen, herausforderndes Verhalten, Kommunikationsstrategien, alterstypische physiologische und pathologische Veränderungen von Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme und Sprache/Kommunikation notwendig (Correia et al. 2010, Swoboda & Sieber 2010).

Indikation und Verordnung von Logopädie für MmD

Eine logopädische Therapie kann indiziert sein, wenn z.B. Schwierigkeiten bei der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit oder der oralen Nahrungsaufnahme bestehen. In der Klinik kann der behandelnde Arzt eine logopädische Therapie beauftragen, im am-

bulanten Bereich wird eine ärztliche Heilmittelverordnung benötigt. Möglich ist eine Verordnung unter dem Indikationsschlüssel SP5 bei Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (in Begleitung neuropsychologischer Einschränkungen) oder unter SC1 bei Störungen des Schluckaktes (G-BA 2011, IntelliMed 2017). Die Verschreibung von Logopädie für MmD ist noch nicht selbstverständlich. Daher empfiehlt es sich, den behandelnden Arzt direkt auf eine Verordnung anzusprechen.

Sprache, Kommunikation und Kognition

Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation können bei allen degenerativen Demenzen auftreten, hierbei insbesondere bei der AD und der PPA (Dressel & Lange 2015, Gutzmann & Brauer 2007, Heidler, 2011, Kühn 2016). Es entstehen Schwierigkeiten beim Empfangen und Übermitteln von Nachrichten sowie beim unabhängigen und effektiven Kommunizieren (funktionale Kommunikation; ASHA 1990, zit. n. Carvalho 2008). Störungen der Kommunikationsfähigkeit werden meist erst im Verlauf der Erkrankung sichtbar und dann zur Herausforderung (RCSLT 2014).

Bei der AD zeigen sich z.B. im frühen und mittleren Erkrankungsstadium oftmals Wortfindungs- und Sprachverständnisstörungen. Es können zunehmend inhaltsleere Sprache und eine mangelnde Anpassung an die Gesprächspartner auftreten. Im späten Verlauf sind der Verlust des Sprachverständnisses, eine Sprachverarmung oder ausschließliche Produktion von Automatismen und Jargon möglich (Bourgeois & Hickey 2009, Gutzmann & Brauer 2007, Volkmer 2013).

Die individuellen sprachlichen und/oder kommunikativen Symptome zeigen eine große Heterogenität abhängig von der Grunderkrankung, dem Ort und Ausmaß der Schädigung und dem Zusammenspiel mit

anderen kognitiven Defiziten. Das Vorliegen von Sprachstörungen ist ggf. mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen assoziiert und beeinflusst die Qualität der Pflege (Potkins et al. 2003). Kommunikationsprobleme werden sowohl von den Betroffenen als auch von den Angehörigen als Belastung und Stress wahrgenommen (Engel 2007, Georges et al. 2008, Heru et al. 2004, Murray et al. 1999). Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis, das auch bestehen bleibt, wenn die entsprechenden Fähigkeiten im Verlauf einer demenziellen Entwicklung abbauen. Deshalb ist es wichtig, die kommunikative Teilhabe am sozialen Leben möglichst lange zu erhalten. Hierbei ist es bedeutsam, neben den Betroffenen auch ihr Umfeld miteinzubeziehen.

Ernährung und Schlucken

Im Alter verändert sich die allgemeine Wahrnehmung von Nahrungsmitteln, die Gefahr einer Mangelernährung und Dehydration steigt deutlich an (Wilmskötter & Stanschus 2012). Hiervon sind MmD in zweierlei Hinsicht besonders betroffen. Als Erstes beeinflussen eine Mangelernährung oder eine Dehydration den körperlichen und geistigen Leistungsabbau deutlich bis hin zu Verwirrtheit, Gedächtnisstörungen oder Apathie und verstärken damit die Symptome einer Demenz (Rückert et al. 2007).

Zweitens können MmD die altersbedingten Veränderungen nicht kompensieren, sodass sie im Verlauf die Fähigkeiten zur Beschaffung von Nahrung, der Zubereitung vollwertiger Mahlzeiten sowie der Nutzung von Besteck etc. zunehmend verlieren. Störungen des Appetits bis hin zu einer Nahrungsverweigerung (Groher & Crary 2010, zit. n. Sura et al. 2012), fehlendes Durst- und Hungergefühl, körperliche Unruhe und eine eingeschränkte Erinnerung an die Mahlzeiten bilden die Grundlage für eine qualitative und quantitative Mangelernährung.

Außerdem geht die Fähigkeit verloren, Nahrungsmittel visuell als solche zu erkennen oder der Mund wird aus apraktischen und agnostischen Gründen nicht mehr geöffnet (DGE 2014, Hübner 2018, Schuster 2018).

Des Weiteren können im Krankheitsverlauf Störungen des Schluckens (Dysphagie) mit erhöhtem Penetrations- und Aspirationsrisiko auftreten. Ursächlich ist hier eine Kombination aus altersbedingten sensorischen, motorischen und neuropathologischen Veränderungen (Easterling & Robbins 2008).

Bei Menschen mit AD stehen insbesondere sensorische Beeinträchtigungen im Vordergrund, wobei frühzeitig das Geruchs- und

Geschmacksempfinden beeinträchtigt ist (Suh et al. 2009). Schon zu Erkrankungsbeginn können Veränderungen des Schluckaktes auftreten, die im Krankheitsverlauf zunehmen (Lesourd 2006). Schluckdiagnostisch treten eine prolongierte orale Phase bzw. eine signifikant verzögerte orale Transportphase sowie eine verzögerte pharyngeale Reaktion auf (Horner et al. 1994, zit. n. Easterling & Robbins 2008, Suh et al. 2009). Die Dauer des Schluckens bei Flüssigkeiten und festen Konsistenzen ist insgesamt signifikant verlängert (Priefer & Robbins 1997, Suh et al. 2009).

Zudem werden bei einer AD Penetrationen beobachtet (Suh et al. 2009). Eine Aspirationspneumonie stellt aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche, einer erhöhten Infektanfälligkeit und aufgrund bestehender Ernährungs- und Schluckstörungen die „häufigste Todesursache“ (Alzheimer Europe 2005, 2) bei Menschen mit einer AD dar.

Bei Menschen mit VD hingegen ist vorrangig die motorische Steuerung des Schluckvorgangs beeinträchtigt (z.B. Schwierigkeiten beim Kauen oder bei der Bolusformung). Im Gegensatz zu Personen mit AD können bei Menschen mit VD signifikant häufiger Aspirationen und stille Aspirationen nachgewiesen werden (Suh et al. 2009).

Allgemeine Aspekte von Diagnostik und Intervention bei Demenz

Ethische Aspekte

Angesichts des fortschreitenden Verlustes der Autonomie von MmD und der zunehmenden Notwendigkeit von Begleitung, Beratung und Behandlung fordert der *Deutsche Ethikrat* (2012) die Wahrung und Förderung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten. Medizinethisch beinhaltet dies die vier Prinzipien Fürsorge, Nichtschaden, Autonomie und Gerechtigkeit (Beauchamps & Childress 2013). Die Grundlage jeder Entscheidungsempfehlung bildet die systematische Abwägung von medizinischer Indikation und Prognose, der lebensweltlichen bzw. Sinn-Perspektiven (mutmaßlicher Patientenwille) sowie der ökonomischen und rechtlichen Perspektiven im Handlungsrahmen der jeweiligen Institution.

Diagnostik: Allgemeine Prinzipien

Die Feststellung und Diagnose einer Demenz obliegt dem behandelnden Arzt. Eine umfassende Diagnostik sollte multidisziplinär geleistet werden, und die fachspezifischen Ergebnisse sollten in den medizinischen Diag-

Überregionaler Arbeitskreis Demenz des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl)

Vor allem durch die demografische Entwicklung wächst die Zahl älterer und hochbetagter Menschen und damit nimmt auch die Zahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu. Eine Demenz kann zu Beeinträchtigungen der Sprache und Kommunikation sowie der Ernährung und Schluckfunktion führen. Deshalb bedürfen Betroffene und Ihre Angehörigen einer spezifischen logopädischen Versorgung, sowohl in der Diagnostik und der Therapie als auch bezüglich ihrer Beratung und Begleitung.

Engagierte Logopädinnen und Logopäden gründeten 2011 den Arbeitskreis Demenz überregional. Das vornehmliche Ziel dieses Arbeitskreises war die Diskussion der logopädischen Handlungsfelder in der Betreuung von Menschen mit Demenz, um zu einer eindeutigen Positionierung aus berufspolitischer Sicht zu kommen und dieses neue Handlungsfeld für die logopädisch tätigen Kollegen zu eröffnen. Die Mitglieder des überregionalen Arbeitskreises kommen aus Forschung und Lehre, aus Praxen und Kliniken.

Ein aktuelles Ergebnis der gemeinsamen Arbeit ist das nun vorliegende Informationspapier, das auf der Basis bestehender Evidenzen Kompetenz- und Tätigkeitsfelder der Logopädie formuliert und eine Positionierung der Logopädie in der Versorgung von Menschen mit Demenz vornimmt.

Autoren in alphabetischer Reihenfolge

- Torsten Bur (AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG)
- Katharina Dressel (SRH Hochschule für Gesundheit, University of Applied Health Sciences, Campus Düsseldorf und Bonn)
- Karen Grosstück (Praxis für Logopädie und Ernährung, Hamburg)
- Heike D. Grün (Praxis für Logopädie Heike D. Grün, Hamburg)
- Stefan Heim (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Klinik für Neurologie, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University)
- Monika Hübner (AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS HEIDELBERG)
- Christina Knels (MSH Medical School Hamburg – University of Applied Sciences and Medical University)
- Inga Lange (Praxis WortArt Kornelimünster und RWTH Aachen University)
- Petra Schuster (BlickRichtung, Buchholz/Nordheide)
- Saskia Sickert (VAMED Klinik Schloss Pulsnitz)

Leiterin des Arbeitskreises

Monika Hübner
mhuebner@bethanien-heidelberg.de

noseprozess miteinfließen. Die logopädische Diagnostik kann frühzeitig Beeinträchtigungen in den Bereichen Sprache, Kommunikation, Schluckfunktion und Nahrungsaufnahme aufdecken und ggf. für die Differentialdiagnostik wichtige Hinweise geben.

Grundsätzlich entscheidet die Zielsetzung der logopädischen Diagnostik (Differentialdiagnostik versus Interventionsplanung) über die zu verwendenden Verfahren. Bei einer Diagnostik zur Interventionsplanung sollten der Bezug zu Aktivitäten und Partizipation (Orientierung an der ICF, WHO 2001) und der Fokus auf Ressourcen und Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Die Ermittlung der sprachlichen Ressourcen ist maßgeblich für die Bestimmung der Therapieziele aus Sicht der Betroffenen und der ihres Umfelds. Eine frühzeitige Demenz-Diagnostik ist sinnvoll, um in den ersten Erkrankungsphasen noch vorhandenes Potenzial für eine therapeutische Intervention nutzen zu können, Vorkehrungen für die zukünftige Versorgung des Betroffenen zu treffen, Belastungen für die Angehörigen zu reduzieren und eine Pflegebedürftigkeit länger hinauszuzögern (Prince et al. 2011).

Therapie: Allgemeine Prinzipien

Das Fortschreiten einer Demenz kann nicht verhindert werden und der Erhalt des Status quo bereits ein großer Erfolg sein. Verbesserungen sind ausschließlich im Sinne von erfolgreicherer Kommunikation bzw. Nahrungsaufnahme durch die optimale Ausnutzung von Ressourcen und Adaptation möglich. Interventionen müssen kontinuierlich an den sich verändernden Zustand der Patienten angepasst werden. Wie bei der Diagnostik ist auch bei der Interventionsplanung die Orientierung an der ICF relevant, d.h. den Fokus auf Ressourcen, Gegenwart und Alltag des Patienten im Sinne der optimierten Partizipation zu setzen. Eine logopädische Behandlung, die diesem Ansatz folgt, ist immer alltagsrelevant, am Einzelfall orientiert, themenzentriert, dokumentationsverpflichtend und involviert nicht nur die MmD, sondern auch ihr Umfeld. Insgesamt sind logopädische Interventionen ein Baustein in der Gesamtversorgung des MmD und seiner Angehörigen.

Spezielle Aspekte von Diagnostik und Intervention bei Demenz

Diagnostik und Therapie von Sprache für die Kommunikation

Im Verlauf demenzieller Erkrankungen können Veränderungen der sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten im Zusammenhang mit anderen beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten

ten und/oder sprachlichen Symptomen ähnlich einer Aphasie nach Schlaganfall auftreten (Abel & Lange 2014, Bourgeois & Hickey, 2009, Gutzmann & Brauer 2007, Volkmer 2013). Beides sollte die logopädische Diagnostik berücksichtigen und sowohl den Status von Sprache und Kommunikation als auch kognitive Basisfunktionen einbeziehen. Dies betrifft z.B. Leistungen der Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses, die die Produktion und das Verstehen von Sprache erheblich beeinflussen (Bayles 2003).

Je nach Demenztyp, Schweregrad der Erkrankung und Allgemeinzustand der Patienten ist zu entscheiden, ob eine Ermittlung der Defizite mithilfe von formalisierten Testverfahren sinnvoll ist. Auf eine belastende Diagnostik der Betroffenen ist zu verzichten (Steiner 2010). Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige logopädische Diagnostikinstrumente zur Überprüfung von Sprache und Kommunikation, die speziell auf demenzielle Erkrankungen ausgerichtet sind. Auf der Ebene der Körperfunktionen können durch Einsatz formeller und informeller Tests Leistungen der Sprachproduktion und -perzeption sowie linguistische Fähigkeiten wie z.B. Semantik überprüft werden.

Verbale und nonverbale kommunikative Verhaltensweisen im Alltag lassen sich durch strukturierte Befragungen der MmD und ihres Umfelds sowie zielgerichtete Beobachtungen in Kommunikationssituationen erfassen. Bei den Kontextfaktoren sollten hemmende und fördernde Gegebenheiten (z.B. Hörvermögen, demenzfreundliche Gestaltung der Umwelt) beachtet werden. Beobachtungen im Hinblick auf z.B. Motivation, Mitarbeit, Zuhörverhalten, Blickkontakt und Körperhaltung vermitteln in Verbindung mit Kenntnissen über die Biografie wichtige Informationen (Battista et al. 2017, Bourgeois & Hickey 2009, Hopper 2007, Khayum et al. 2012). Im Einzelfall kann es hilfreich sein, vorübergehend Instrumente aus anderen Fachbereichen zu verwenden – die Aussagekraft der Ergebnisse ist aber kritisch zu hinterfragen.

Logopädische Prinzipien beinhalten ein kompetenzerhaltendes Vorgehen im Sinne einer umgekehrt symptomorientierten Therapie (USOT, Heidler 2011). Es kommen Methoden zum Einsatz, die verbale Kommunikation, schriftsprachliche Fähigkeiten sowie den Einsatz unterstützender Kommunikations- und Erinnerungshilfen beinhalten (Heidler 2006, Steiner 2010). Parallel zur Behandlung der MmD findet eine Beratung der Angehörigen statt (für einen Überblick bei Demenz: Egan et al. 2010; bei PPA: Nickels & Croot 2014). Bei Bedarf werden Kontakte zu Selbsthilfe-

verbänden und Beratungsstellen vermittelt. Die logopädische Behandlung findet meist in Intervallen statt (Grün 2015, Steiner & Venetz 2011). Ist ein vereinbartes Ziel erreicht, können erarbeitete Vorgehensweisen im Alltag vom Betroffenen und Angehörigen selbstständig umgesetzt werden. Bei Veränderungen oder erneuten Schwierigkeiten kann die Behandlung fortgesetzt werden.

Mit dem Fortschreiten der Demenz erfolgt ein Übergang von der direkten Therapie mit den MmD zur indirekten Therapie. Hierbei werden Angehörige/Pflegende z.B. im Rahmen von Angehörigentrainings bezüglich der Kommunikation geschult und beraten (Engel et al. 2016, Haberstroh et al. 2009). Wichtige Themen sind z.B. der Erhalt und die Befriedigung von Kommunikationsbedürfnissen und die kontinuierliche Anpassung an die veränderten Fähigkeiten der MmD (Hopper et al. 2015).

Therapie von Kognition für die Kommunikation

Kognitive Interventionen zählen nach der S3-Leitlinie Demenzen (Deuschl et al. 2016) zu den nicht-medikamentösen, psychosozialen Verfahren. Sie haben gemeinsam, kognitive Funktionen wie z.B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Sprache zu aktivieren. Es können Verfahren des kognitiven Trainings, der kognitiven Stimulation und der kognitiven Rehabilitation unterschieden werden (Clare & Woods 2003).

- Unter *kognitivem Training* werden Verfahren verstanden, bei denen durch wiederholtes Üben spezifische kognitive Funktionen (z.B. Sprache, Gedächtnis) aufrechterhalten oder verbessert werden sollen (Bahar-Fuchs et al. 2013).
- *Kognitive Stimulation* bezeichnet allgemein anregende Aktivitäten in der Gruppe zur Stärkung sozialer und kognitiver Fähigkeiten (Woods et al. 2012).
- *Kognitive Rehabilitation* fasst Ansätze zusammen, in denen durch eine individualisierte Intervention subjektiv relevante Ziele erreicht werden sollen. Dabei geht es nicht um eine Förderung einzelner kognitiver Funktionen, sondern um eine verbesserte Teilhabe im Alltag. Der Fokus liegt auf einem Vorgehen, bei dem individuelle Ressourcen und Stärken genutzt werden. Angehörige werden einbezogen und das therapeutische Setting möglichst alltagsnah gestaltet (Bahar-Fuchs et al. 2013, Clare 2017).

Die eingesetzten Lernmethoden sollten an die Fähigkeiten von MmD angepasst sein, sich auf die besser erhaltenen, non-deklarativen, impliziten Gedächtnisleistungen (z.B.

prozedurales Gedächtnis, Priming, Konditionierung) stützen und Anforderungen an die stärker beeinträchtigten deklarativen, expliziten Gedächtnissysteme (semantisches und episodisches Gedächtnis) reduzieren (für einen Überblick: *Dressel & Lange* 2018).

Während bisher für die Wirksamkeit eines rein übenden Verfahrens einzelner kognitiver Funktionen keine ausreichenden Evidenzen vorliegen (*Bahar-Fuchs* et al. 2013, *Deuschl* et al. 2016), ließen sich für die Ansätze der kognitiven Stimulation Effekte in globalen Kognitionsmaßen, kommunikativen Fähigkeiten und Lebensqualität ermitteln (*Woods* et al. 2012). In Studien zur kognitiven Rehabilitation wurden keine Effekte auf kognitive Funktionen erreicht, jedoch gaben die Teilnehmer aufgabenspezifische Verbesserungen sowie eine gestiegene Zufriedenheit mit ihrer Performanz (z.B. Umgang mit Geld, Gesicht-Namen-Assoziationen) sowie Effekte in Stimmung und Lebensqualität an (*Bahar-Fuchs* et al. 2013, *Kallio* et al. 2017).

Therapie von Ernährung und Schlucken

Im Rahmen der Klinischen Schluckuntersuchung (KSU) werden nach der Anamneseerhebung die oralen motorischen und sensorischen Fähigkeiten des Patienten überprüft (*Alagiakrishnan* et al. 2013). Die Beurteilung des Schluckvermögens wird mittels unterschiedlicher, relevanter Konsistenzen vorgenommen. Hierbei wird unter Berücksichtigung des Allgemeinzustands, der Vitalparameter, der pulmonalen Situation, des Zahnstatus, der Vigilanz und der Kooperationsfähigkeit in einer möglichst alltagsnahen Situation die Nahrungsaufnahme von Essen und Trinken klinisch beobachtet. Das Schluckvermögen wird hinsichtlich der Parameter Aspirationsgefahr, Luftnotrisiko und bedarfsdeckende orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beurteilt. Es sollte frühzeitig geklärt werden, ob bei unzureichender Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme substituiert werden soll (*Hübner* 2018).

Apparative Diagnostikverfahren wie die transnasale videoendoskopische Schluckuntersuchung (FEES®) und die Videofluoroskopie setzen eine aktive Mitarbeit und Compliance der Patienten voraus, weshalb die S3-Leitlinie Demenzen betont, dass der Einsatz apparativer Verfahren aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen demenziell veränderter Patienten „möglicherweise nicht zielführend“ (*Deuschl* et al. 2016, 96) ist.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Intervention in der (Mit-)Behandlung von Dysphagien bei MmD liegt auf der Modifikation der unterschiedlichen Nahrungsmittelkonsistenzen. Angepasst an den individuellen

Krankheitsverlauf findet eine Re-Evaluation des Schluckvermögens und daraus resultierend dann ggf. eine weitere Modifikation der Kostform statt (*Hübner* 2018). Laut Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin soll das Nahrungsangebot entsprechend den Bedürfnissen des Patienten modifiziert und das texturveränderte Nahrungsangebot ergänzt oder angereichert werden, „um die Energie- und Nährstoffzufuhr zu erhöhen“ (*Volkert* et al. 2013, 5).

Darüber hinaus soll einem ungewollten Gewichtsverlust oder einer Mangelernährung aufgrund unzureichender Nährstoffaufnahme entgegengewirkt werden (*Suh* et al. 2009). Die Modifikation von Nahrungsmitteln oder Getränken kann für Betroffene und Angehörige mit einer eingeschränkten Akzeptanz einhergehen (*Wirth* et al. 2016). Hier ist zu beachten, über mögliche Risiken aufzuklären und sich diese Aufklärung schriftlich bestätigen zu lassen. Mit fortschreitender Erkrankung und damit einhergehender Verschlechterung des Schluckens überfordert ein funktionelles Übungsangebot die Patienten. Spezifisches Üben ist deshalb selten hilfreich (*Hübner* 2018).

Entsprechend liegt ein weiterer therapeutischer Schwerpunkt in der Beratung und Instruktion von Angehörigen und/oder pflegendem Personal: Versorgende werden über die vorliegende Dysphagie und ihre möglichen Ursachen und Folgen informiert. Es kann insbesondere zur Adaptation angeleitet werden, dies umfasst Hinweise wie z.B. Betroffene zu eigenständiger Nahrungsaufnahme motivieren, Mahlzeiten in familienähnlicher Esssituation (*Deuschl* et al. 2016) einnehmen, Anpassung von Tempo und Frequenz des Anreichens an die Geschwindigkeit des Schluckens oder eine visuell kontrastreiche Präsentation von Nahrung.

LogopädInnen spielen entsprechend auch eine Rolle bei der Beratung im Zusammenhang mit der Versorgung von MmD mittels PEG-Sonde. Diese Interventionsart wird u.a. wegen des Fehlens von randomisiert-kontrollierten Studien bei schwerer Demenz (*Deuschl* et al. 2016) kontrovers diskutiert (*Pivi* et al. 2012, *Stach* 2000). Bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung wie z.B. der „Entscheidungsalgorithmus zur Evaluation einer PEG-Ernährung“ (*Synofzik* 2007) indiziert. Eine Kombination aus enteraler Ernährung bei gleichzeitigem Angebot oraler Kost auch im Sinne des gemeinsamen Essens kann zu einer Steigerung der individuellen Lebensqualität beitragen (*Penner* et al. 2010, *Volkert* et al. 2006, 2013).

LITERATUR

- Abel, S. & Lange, I. (2014). Sprachstörungen nach Schlaganfall und bei Demenz: Wie bedeutsam sind die Unterschiede für die Logopädie? *Sprache – Stimme – Gehör* 38(2), 86-91
- Alagiakrishnan, K., Bhanji, R.A. & Kurian, M. (2013). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 56(1), 1-9
- Alzheimer Europe (2005). *Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten*. Stuttgart: Thieme
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (o. D.). *Dementia*. www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/dementia/ (09.06.2019)
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L. & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, Art. No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.pub2
- Battista, P., Miozzo, A., Piccinini, M., Catricalà, E., Capozzo, R., Tortelli, R. & Logroschino, G. (2017). Primary progressive aphasia: a review of neuropsychological tests for the assessment of speech and language disorders. *Aphasiology* 31(12), 1359-1378
- Bayles, K.A. (2003). Effects of working memory deficits on the communicative functioning of Alzheimer's dementia patients. *Journal of Communication Disorders* 36(3), 209-219
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press
- Bickel, H. (2018). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. *Informationsblatt 1 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft*, 1-8. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (09.06.2019)
- Bourgeois, M. & Hickey, E.M. (2009). *Dementia*. New York: Psychology Press
- Carvalho, I.A.M., Bahia, V.S. & Mansur, L.L. (2008). Functional communication ability in frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia* 2(1), 31-36
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. *PLoS Medicine* 14(3), e1002245. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002245
- Clare, L. & Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260
- Correia, Sde M., Morillo, L.S., Jacob Filho, W. & Mansur, L.L. (2010). Swallowing in moderate and severe Phases of Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 68(6), 855-861
- Deuschl, G., Maier, W. & et al. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. www.dgn.org/leitlinien/3176-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016 (09.06.2019)
- Deutscher Ethikrat (2012). *Demenz und Selbstbestimmung*. Berlin: Deutscher Ethikrat. https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnDemenz_Online.pdf (09.06.2019)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2014). *Essen und Trinken bei Demenz. DGE-Praxiswissen*. Bonn: DGE Medienservice
- Dressel, K. & Lange, I. (2015). Klassifikation und Therapie der primär progressiven Aphasie. *Spektrum Patholinguistik* 8, 57-69
- Dressel, K. & Lange, I. (2018). Interventionen bei demenziell bedingten Sprach- und Kommunikationsstörungen. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer 1: Schwerpunktthema: Von der Forschung in die Praxis*, e2018-06. DOI: 10.14620/stadbs181206
- Easterling, C.S. & Robbins, E. (2008). Dementia and dysphagia. *Geriatric Nursing* 29(4), 275-285
- Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010). Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: a systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, pii: 906818. DOI: 10.4061/2010/906818
- Engel, S. (2007). Gestörte Kommunikation bei Demenz aus Sicht der pflegenden Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 20(4), 269-276
- Engel, S., Reiter-Jäschke, A. & Hofner, B. (2016). „EduKation demenz®“. Psychoedukatives Schulungsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49(3), 187-195
- Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA (2011). Heilmittel-Richtlinie in der Fassung vom 19.05.2011, zuletzt geändert am 21. September 2017. Zweiter Teil. Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittelkatalog). *Bundesanzeiger Nr. 96* (S. 2247) Bundesanzeiger BAnz AT 23.11.2017 B1. www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/Heilmittel_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf (09.06.2019)
- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyriex, A., Sadowska, A. & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(5), 546-551
- Grün, H.D. (2015). Aus der Praxis für die Praxis: Logopädische Behandlung demenzbedingter Sprachstörungen. *Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Aus der Praxis für die Praxis 2*: e2015-02. DOI: 10.14620/stadbs150902
- Gutzmann, H. & Brauer, T. (2007). *Sprache und Demenz, Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Haberstroh, J., Neumeyer, K. & Pantel, J. (2009). Kommunikations-TAnDem. *Forum Logopädie* 23(5), 12-17
- Heidler, M.D. (2006). *Kognitive Dysphasien. Differenzialdiagnostik aphasischer und nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen*. Frankfurt a.M.: Lang
- Heidler, M. D. (2011). Einteilung, Diagnostik und Therapie von Demenzen und demenziell bedingten Sprachstörungen. *Sprache – Stimme – Gehör* 35(2), 111-119
- Heru, A.M., Ryan, C.E. & Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19(6), 533-537
- Hopper, T. (2007). The ICF and dementia. *Seminars in Speech and Language* 28(4), 273-282
- Hopper, T., Douglas, N. & Khayum, B. (2015). Direct and indirect interventions for cognitive-communication disorders of dementia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders* 25(4), 124-157
- Hübner, M. (2018). Die Aufgabe der Logopädie bei Schluckstörungen. *Praxis Pflegen* 35, 25-30
- IntelliMed GmbH (2017). *Heilmittelkatalog 2017 – Heilmittel der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie*. www.heilmittelkatalog.de (09.06.2019)
- Kallio, E.L., Öhman, H., Kautiainen, H., Hietanen, M. & Pitkälä, K. (2017). Cognitive training interventions for patients with Alzheimer's disease: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease* 56(4), 1349-1372
- Khayum, B., Wieneke, C., Rogalski, E., Robinson, J. & O'Hara, M. (2012). Thinking outside the stroke: treating primary progressive aphasia (PPA). *Perspectives on Gerontology* 17(2), 37-49
- Knels, C. (2018). *Sprache und Ernährung bei Demenz*. Stuttgart: Thieme
- Kühn, T. (2016). Evidenzbasierte Sprachtherapie bei Primär Progredienten Aphasien (PPA): Erscheinungsformen – Diagnostik – Behandlungsmöglichkeiten. *Forum Logopädie* 30(1), 16-23
- Lesourd, B. (2006). La dysphagie des sujets âgés. *Acta Endoscopica* 36(4), 623-638
- Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S. & Mann, A. (1999). EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II – a qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 14(8), 662-667
- Nickels, L. & Croot, K. (2009) Progressive language impairments: intervention and management. *Aphasiology* 23(2), 123-124
- Penner, H., Bur, T., Nusser-Müller-Busch, R. & Oster, P. (2010). Logopädisches Vorgehen bei Dysphagien im Rahmen der Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 11(2), 61-75
- Pivi, G.A.K., Ferreira Bertolucci, P.H. & Schultz, R.R. (2012). Nutrition in severe dementia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 983056, 1-7. DOI: 10.1155/2012/983056
- Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., Margallo-Lana, M. (2003). Language Impairment in dementia: impact

- on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(11), 1002-1006
- Priefer, B.A. & Robbins, J. (1997). Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: a pilot study. *Dysphagia* 12(4), 212-221
- Prince, M., Bryce, R. & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention*. London: Alzheimer's Disease International. www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimer-Report2011.pdf (09.06.2019)
- Royal College of Speech & Language Therapists (RCSLT) (2014). *Speech and language therapy provision for people with dementia. RCSLT Position Paper*. London: RCSLT. www.rcslt.org/-/media/Project/RCSLT/dementia-paper.pdf (09.06.2019).
- Rückert, W., Arnold, R., Bauer-Söllner, B., Brinner, C., Ding-Greiner, C., Kolb, C. & Vanorek, R. (2007). *Ernährung bei Demenz*. Bern: Hogrefe
- Schuster, P. (2018). Ernährungsauffälligkeiten und Dysphagie bei Demenz. In: Knels, C. (Hrsg.), *Sprache und Ernährung bei Demenz. Klinik, Diagnostik und Therapie* (142-172). Stuttgart: Thieme
- Stach, C.B. (2000). Vascular dementia and dysphagia. *Topics in Stroke Rehabilitation* 7(3), 1-10
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz – Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt
- Steiner, J. & Venetz, M. (2011). Sprachabbau bei Demenz – ein Thema für die Sprachtherapie? *Forum Logopädie* 25(6), 26-31
- Suh, M., Kim, H.H. & Na, D.L. (2009). Dysphagia in patients with dementia. Alzheimer versus vascular. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 23(2), 178-184
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. & Crary, M.A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging* 7, 287-298
- Swoboda, W. & Sieber, C.C. (2010). Rehabilitation in der Geriatrie. *Der Internist* 51(10), 1254-1261
- Synofzik, M. (2007). PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. *Der Nervenarzt* 78(4), 418-428
- Volkert, D., Bauer, J.M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Wirth, R., Sieber, C. und das DGEM Steering Committee (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GEDKES, der AKS und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38(3), e1-e48. DOI: 10.1055/s-0033-1343169
- Volkert, D., Berner, Y.N., Berry, E., Cederholm, T., Coti Bertrand, P., Milne, A. & Lochs, H. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition* 25(2), 330-360
- Volkmer, A. (2013). *Assessment and therapy for language and cognitive communication difficulties in dementia and other progressive diseases*. Guildford, Surrey: J & R Press
- Wilmskötter, J. & Stanschus, S. (2012). Presbyphagie – im Alter wird alles schlechter? *Sprachheilarbeit* 57(1), 2-11
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A.M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H.J. & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging* 23, 189-208
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. & Orell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD005562. DOI:10.1002/14651858.CD005562.pub2
- World Health Organization (WHO) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: World Health Organization

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2019-53020190505

Korrespondenzanschrift

Monika Hübner
 Logopädin, M.Sc. / Demenzstudien
 Abteilung Logopädie
 AGAPLESION BETHANIE KRANKENHAUS
 HEIDELBERG gGmbH
 Rohrbacher Straße 149
 69126 Heidelberg
 mhuebner@bethanien-heidelberg.de